Lane Medical Library

Ein Fall

von

dreijähriger Schlundsondenfütterung.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

verfasst und der

Hohen medicinischen Facultät

der

Kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

unter dem Präsidium

des

Herrn Professor Dr. H. Grashey

vorgelegt von

Hubert Ostrop

approb. Arzt aus Buldern in Westfalen.

München 1892.

Buchdruckerei von M. Ernst.

Библиотека общества
Общество для распространения

Ein Fall

von

dreijähriger Schlundsondenfütterung.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

verfasst und der

Hohen medicinischen Facultät

der

Kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

unter dem Präsidium

des

Herrn Professor Dr. H. Grashey

vorgelegt von

Hubert Ostrop
approb. Arzt aus Buldern in Westfalen.

München 1892.
Buchdruckerei von M. Ernst.

Seinen lieben Eltern

in Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

Die Frage nach der Behandlung der Nahrungsverweigerung bei Geisteskranken nicht nur in jenen leichteren Fällen von kurzer Dauer, sondern besonders, wenn die Kranken auf die hartnäckigste Weise sich sträuben, irgend welche Nahrung aufzunehmen, und Gefahr für das Leben eintritt, ist immer eine äusserst wichtige gewesen, und hat es nicht an den verchiedensten Ansichten über den Wert der einzelnen Behandlungsmethoden gefehlt. Eine hervorragende Rolle unter letzteren spielte von jeher die Anwendung der Schlundsonde zum Zwecke der künstlichen Ernährung. Als man früher fast allgemein bei jeder auftretenden Nahrungsverweigerung die Schlundsonde anwandte, stellte sich allmählich eine Reaktion gegen dieses häufige Verfahren ein, indem behauptet wurde, dass man in vielen Fällen von Nahrungsverweigerung ohne Sonde, welche oft gefährlich und schädlich wirke, besonders wenn der Einführung derselben in den Magen ein heftiger Widerstand entgegengesetzt würde, auskommen könne. Dazu kam noch, dass eifrige Anhänger des No-restraint-Prinzips, welches sich auf anderen Gebieten der Psychiatrie so glänzend bewährt hatte, bestrebt waren, das zwanglose Verfahren auch bei der Behandlung der Nahrungsverweigerung zur Geltung zu bringen und die Zwangsfütterung zu verwerfen. Später ging man noch weiter und wollte überhaupt jegliche Fütterung mit der Sonde verwerfen, da man bereits seit vielen

Jahren dieselbe ohne Nachteil für die Kranken habe entbehren können, indem dabei auf eine völlig zuwartende Behandlung hingewiesen wurde, die in allen Fällen ausreiche. Muss nun auch zugestanden werden, dass die Schlundsonde früher zu häufig gebraucht wurde, wo es nicht angebracht war, so ist doch zu bemerken, dass man in der Verwerfung jeder zwangsweisen Ernährung zu weit ging und dadurch eine Methode in Misskredit brachte, welche, in richtiger Weise angewandt, gewiss von grossem Vorteil für den Kranken sein kann, ja sogar in manchen Fällen das Leben zu erhalten im stande ist. In neuerer Zeit fing man von gegnerischer Seite wieder an, die Bedeutung der Schlundsondenfütterung mehr zu würdigen und deren Anwendung wenigstens in den hartnäckigsten Fällen als ultima ratio zu empfehlen. Dass thatsächlich die künstliche Ernährung mit der Sonde in gewissen Fällen von Nahrungsverweigerung allen Anforderungen, welche man an sie stellen kann, zu genügen vermag und als ein unentbehrliches Hilfsmittel in der Behandlung abstinierender Geisteskranken angesehen werden muss, soll in Folgendem durch einen Fall, welcher in der hiesigen psychiatrischen Klinik des Herrn Professor Dr. Grashey zur Beobachtung kam, sowie durch einzelne Angaben aus der Literatur bewiesen werden. Bevor ich an die eigentliche Besprechung vorliegenden Falles gehe, will ich einige allgemeine Bemerkungen über das Wesen und die Behandlung der Nahrungsverweigerung vorausschicken.

Die Nahrungsverweigerung kommt in den verschiedensten Irreseinsformen vor und ist für keine derselben ein charakteristisches Symptom. In der genauen

Erkenntnis ihrer Ursachen herrscht nicht immer völlige Klarheit, so dass es oft schwer, ja unmöglich sein kann, in einem gegebenen Falle eine bestimmte Ursache ausfindig zu machen. Nach Eickholt (Allg. Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 37, S. 162) lässt sich die Nahrungsverweigerung als Symptom oder als Complikation einer bestehenden Psychose auffassen. In erster Beziehung tritt sie auf als direktes Symptom, wenn Coordinationsstörungen oder Paresen der Schlingmuskulatur, beruhend auf cerebrospinaler Grundlage, vorhanden sind, z. B. bei Dementia paralytica; als entfernteres Symptom wird die instinctive Nahrungsverweigerung bei Melancholie und Blödsinn, sowie die psychisch motivierte bei bestimmten Formen der Melancholie und Verrücktheit bezeichnet. Eine Complication nennt Eickholt die Nahrungsverweigerung dann, wenn neben der Psychose gröbere Störungen im Bereiche des Verdauungskanals, z. B. Mund- und Rachenaffectionen oder Magencarcinome auftreten, welche die Enthaltung von Nahrung zur Genüge motivieren.

Siemens unterscheidet einfach zwischen somatisch und psychisch motivierten Abstinenzen (Archiv für Psych. XIV. 3, p. 568, und XV. 1, p. 15). Nach dieser Einteilung wären zu der ersten Gruppe zu rechnen alle jene Fälle, in denen irgend welche Allgemein- und Organerkrankungen des Körpers, besonders Störungen im Tractus intestinalis, seien es Krampf- oder Lähmungszustände durch centrale oder periphere Nervenwirkung bedingt, ferner Dyspepsien, und ausser diesen rein nervösen Störungen sonstige Magen- und Darmerkrankungen bestehen.

Die zweite Gruppe umfasst die durch krankhafte

Vorgänge in der Psyche bedingten Abstinenzen; hier kommen hauptsächlich in Betracht Gemütsverstimmungen, Hallucinationen, Illusionen und Wahnideen. Einen wie grossen Einfluss die jeweilige Gemütsstimmung auf den Appetit und den ganzen Verdauungsvorgang hat, lehrt schon die Beobachtung an Geistesgesunden. Wie einerseits Aerger, Angst und Ekel auf kürzere oder längere Zeit den Appetit zu vertreiben vermögen, so besteht andererseits unter dem Einfluss freudiger Affecte ein vermehrtes Bedürfnis nach Nahrungsaufnahme. Dieselbe Abhängigkeit der Appetenz von der Gemütsstimmung zeigt sich auch bei Geisteskranken, nur mit dem Unterschiede, dass die krankhaft gesteigerten und übermässig lange anhaltenden Stimmungen eine intensivere Wirkung entfalten müssen, so dass aus einer normaler Weise nur kurze Zeit dauernden Störung im Appetit ein anhaltender Zustand hervorgehen kann.

Eine ebenso wichtige Rolle, als der Gemütszustand, spielen beim Zustandekommen der Nahrungsverweigerung die Hallucinationen, besonders wenn sie im Geruch- und Geschmacksinn auftreten. Dass ein Kranker, dem die Speisen wegen ihres ekelhaften Geruchs oder abscheulichen Geschmacks nicht geniessbar erscheinen, sich derselben enthalten kann, ist leicht erklärlich. Bei andern Kranken treten mehr Störungen des Gemeingefühls mit krankhaften Vorstellungen von einzelnen Körperorganen in den Vordergrund, welche meist auf feinere oder gröbere Veränderungen in den peripheren Nerven, besonders des Verdauungskanals, oder auf Verdauungsstörungen sich zurückführen lassen. In dieser Beziehung findet man oft die Vorstellungen,

dass das Schlucken unmöglich, der Magen verschlossen, der Darm zu kurz oder zu lang sei, überhaupt keine Verdauung mehr stattfinde u. s. w.

Ausserdem können der psychisch begründeten Nahrungsverweigerung noch Wahnideen zu Grunde liegen. In vielen Fällen entstehen dieselben aus hypochondrischen Illusionen und Hallucinationen oder sind Erklärungsversuche für ein ängstlich aufgeregtes oder tief deprimiertes Gemüt, können aber auch primär auftreten. Neben der wahnhaften Idee, alles Essen sei vergiftet oder verunreinigt, kommen besonders religiöse und andere Bedenken in Betracht, indem die Kranken vorgeben, aus Busse zu fasten oder in ihrem Kleinheitswahn überhaupt des Essens nicht würdig zu sein glauben. Zuweilen beobachtet man auch einen hartnäckigen Eigensinn und die Enthaltung von Speise und Trank in selbstmörderischer Absicht.

In der Regel nun wirken mehrere der vorgenannten Ursachen in einem Falle zusammen und kommen beide Arten psychisch und somatisch motivierter Abstinenz häufig combiniert vor. So können Hallucinationen und Wahnideen eine depressive Gemütsstimmung hervorrufen oder eine bestehende verstärken, die ihrerseits wieder von Einfluss auf die somatischen Verhältnisse, besonders auf die Verdauungsvorgänge sein wird. Umgekehrt werden Störungen in den Verdauungsorganen eine Depression und diese weiterhin Hallucinationen und Wahnideen veranlassen können. Auf diese Weise ist es verständlich, dass sich aus so mannigfach wirkenden Ursachen ein äusserst hartnäckiger und komplizierter Krankheitszustand zu entwickeln vermag, der oft jeder Behandlung trotzt und von den gefährlichsten

Folgen für das Individuum begleitet sein kann. Je nachdem nun die Aufnahme nur einzelner Speisen oder überhaupt jeglicher Nahrung, auch des Wassers, verweigert wird, lassen sich noch unvollkommene und absolute Abstinenzen unterscheiden.

Was die Behandlung der Nahrungsverweigerung betrifft, so gehen viele leichtere Fälle lediglich bei Zuwarten von selbst oder doch bei geeigneter psychischer Behandlung durch eifriges Zureden ohne weitere Nachteile für den Kranken nach einigen Tagen vorüber. Anders verhält sich die Sache bei hartnäckigeren Fällen, welche gegen jede noch so streng durchgeführte moralische Beeinflussung unzugänglich sind, und wegen Kräfteverfalls eine Gefahr für das Leben des Kranken in sich schliessen. Während hier die Einen in der Voraussetzung, dass die Nahrungsverweigerung auch so bald vorübergehen werde, eine abwartende Stellung einnehmen, greifen die Anderen zu Nährklystieren, die vorübergehend das Leben zu erhalten im stande sein sollen, und falls diese nicht ausreichen, zur Schlundsonde. Noch andere wählen sofort die künstliche Ernährung mit der Sonde (Oebeke, zur Frage der Behandlung der Nahrgsverw. Allg. Zeitschr. f. Ps. Bd. 41 S. 688). Nach diesen allgemeinen Bemerkungen möge nun die Erörterung unseres Falles, der auch in psychiatrischer Hinsicht manches Interessante bietet, folgen.

N. N. wurde am 29. April 1887 in das städtische Krankenhaus München rechts der Isar aufgenommen. Sie ist 29 Jahre alt und seit 6 Jahren verheirathet; von ihren 2 Kindern starb eines im Alter von 2 Monaten. Der Vater der Patientin soll übertrieben religiös,

pietistisch, die Mutter sehr phantastisch und excentrisch gewesen sein, während eine Schwester auch geistig nicht ganz normal war. Patientin erlitt in ihrem zweiten Lebensjahre einen Unfall, sie wurde von einem Mühlrad erfasst und wäre damals fast tot geblieben. Sonst gesund gewesen, hat sie stets ein ruhiges und zurückgezogenes Leben an den Tag gelegt und fleissig gearbeitet; besonders begabt soll sie nie gewesen sein. Ueber den Beginn ihrer geistigen Erkrankung bestehen keine sicheren Angaben, wahrscheinlich ist sie erst seit 24. April 1887 offenkundig geistig gestört. Ihre Gemüthsstimmung war meist eine gedrückte. „Sie habe schwer gekämpft im Leben, viel durchgemacht, sie wolle beten zu ihrem Gott, zu ihrem Vater.“ Zuweilen erhob sie sich während solcher Betrachtungen plötzlich von ihrem Bette, stellte sich aufrecht auf dasselbe und sprach in gehobenem Tone, „die Welt werde erlöst werden durch sie, sie sei der Heiland, der Sohn Gottes“. „Gott habe sie auserwählt und beschattet, jetzt gingen ihr erst die Augen auf, was sie für ein Glückskind sei.“ Nach einiger Zeit trat dann meist wieder ein Depressions-Stadium ein, und betete sie mit gefaltenen Händen um ihr Seelenheil. Ihren Verwandten gegenüber legte sie eine gewisse Interessenlosigkeit an den Tag, „sie habe mit sich selbst genug zu schaffen und könne sich nicht noch um andere kümmern“. Einmal gab sie an, dass ihr der Heiland erschienen sei; sie habe ihn ganz deutlich gesehen, nicht etwa im Traum, sondern am helllichten Tage. Gehörstäuschungen scheinen nicht stattgehabt zu haben. Während der ersten Tage ihres Spital-Aufenthaltes geriet Patientin einige Male mit den sie

besuchenden Aerzten in ein Handgemenge. Im Uebrigen machte sich keine besondere Neigung zu Gewaltthätigkeiten geltend. Somatisch ergab sich kein besonderer Befund. Sie ist kräftig gebaut, gut genährt, von mittlerer Grösse, der Gesichtsausdruck etwas deprimiert.

Am 5. Mai 1887 wurde die Kranke der hiesigen Kreisirrenanstalt übergeben. In der ersten Zeit ist sie apathisch; die Mittheilung, dass auch ihr Mann im Irrenhause sei, scheint wenig Eindruck auf sie zu machen. Ihre verminderte Anspruchsfähigkeit des Gemütes giebt sich auch kund, als sie einmal von ihren Kindern erzählt, denen es doch nun wohl recht schlecht ginge, weil Vater und Mutter nicht zu Hause seien. Ueber ihre jüngste Vergangenheit vermag sie sich nur wenig zu orientieren; beim Lesen, das leicht von statten geht, weiss die Kranke nicht, was sie gelesen hat. Sie sitzt meist abseits und beschäftigt sich fleissig mit Stricken, macht durchaus keine Störung, schläft ruhig und nährt sich gut. Hallucinationen lassen sich nicht feststellen. Im Juni ist der Zustand wechselnd; auf ruhige Tage, an denen sie fleissig, wenn auch langsam arbeitet, folgen solche ängstlicher Erregung. Die Kranke ist dabei verwirrt und begeht eine Reihe zweckloser Handlungen; sie hält den Esstisch für den Tisch des Herrn und behauptet, die Kranken gingen zu Grunde. Dann wird sie wieder ganz apathisch und lässt sich das Essen mit dem Löffel eingeben, weint still vor sich hin und scheint quälende Gehörstäuschungen zu haben. Nachts besteht ruhiger Schlaf. Am 11. Juli 1887 wird Patientin, trotzdem der Zustand sich wenig geändert hat, von

ihrem vor kurzem aus der Anstalt entlassenen Manne gegen ärztlichen Rat abgeholt.

Nach der Entlassung besorgte die Frau den Haushalt ordentlich. Am 19. Juni 1888 gebar sie ein Kind, das sie selbst stillte und pflegte. In der ganzen Zeit war sie still und etwas gedrückt, ab und zu heiter. Im November 1888 trat eine Verschlimmerung ihres Zustandes ein anlässlich eines Wohnungswechsels. Von jetzt ab ass sie unregelmässig, meist wenn niemand zu Hause war, und vernachlässigte das Kind. Patientin klagte darüber, dass sie nicht mehr sprechen könne, sie habe einen Druck im Halse; oft sprach sie Worte nur halb aus. Allmählich wurde Patientin immer apathischer, so dass der Mann sie anziehen und waschen, zuletzt sogar das Essen eingeben musste. Da die nötige Pflege nicht mehr geleistet werden konnte, wurde die Frau am 17. April 1889 wieder in die Anstalt gebracht.

18. April 1889. Patientin sitzt völlig apathisch in einem Lehnstuhl, die Augen geschlossen; der Speichel fliesst aus den Mundwinkeln. Flexibilitas cerea angedeutet. Die Kranke reagiert auf nichts, isst und trinkt nicht. Ernährung schlecht; Puls beschleunigt und klein. Temperatur abends 36,6. Urin eiweissfrei. Patientin wird abends zum **ersten Male** mit der Sonde gefüttert, setzt aber keinen Widerstand entgegen.

22. April 1889. In tiefem Stupor. Flexibilitas cerea ausgeprägt; die aufgehobenen Hände erhalten sich über 1/4 Stunde in derselben Lage neben gleichzeitig erhobenem linken Bein (in Bettlage). Bei Hebung der Lider weichen die Augäpfel nach innen bezüglich aussen oben. Trotz dieses ausgesprochenen Stupors

geht Patientin oft spontan auf den ziemlich entfernt stehenden Nachtstuhl, um ihre Bedürfnisse zu befriedigen. Auf Nadelstiche reagiert sie kaum, wenn die Gesichtshaut berührt wird, gar nicht, sobald in die Extremitäten intensiv oder leicht gestochen wird. Täglich 2malige Fütterung. Verdauung erscheint etwas verlangsamt. Stuhlgang reichlich auf Calomel.

26. Mai 1889. Stupor dauert fort. Bisweilen spricht Patientin unter Lächeln einzelne unverständliche Worte; sie ist in letzter Zeit häufig unreinlich gewesen. Flexibilitas gut ausgeprägt, sogar die für gewöhnlich herabgesunkenen Augenlider bleiben nach Erhebung für längere Zeit in der künstlich gegebenen Stellung. Ernährungszustand bei täglicher Fütterung zufriedenstellend.

17. Juni 1889. Stupor besteht fort. Die Kranke weint bald, bald lacht sie; auf Fragen keine Antwort. Flexibilitas sowohl in den oberen, als unteren Extremitäten deutlich; die emporgehobenen oberen bleiben für 1—2 Minuten in der gegebenen Lage und sinken dann allmählich herab. Sensibilität vermindert. Pupillen erweitert. Sondenfütterung nötig.

26. Juni 1889. Die Kranke ist selbständig in den Garten gegangen. Auf wiederholte Aufforderung giebt sie die Hand. Bald Lachen, bald Weinen. Im Uebrigen nichts verändert.

November 1889. Ein Versuch, die Patientin, welche in der letzten Zeit auf äussere Reize lebhafter reagiert — Würgen und Lachen bei Fütterung, Lachen bei Kitzeln einzelner Hautpartien, Weinen bei Nadelstichen — durch temporäre Entziehung der Nahrung

zur Spontan-Aufnahme derselben zu bewegen, schien anfangs von Erfolg begleitet. Sie verlangte nach 24 Stunden mit vernehmlicher Stimme zu trinken und wiederholte diese Bitte öfters, trank in den folgenden Tagen unregelmässige Mengen der Nährflüssigkeit aus dem vorgehaltenen Becher. Im ganzen erschien die hierdurch erzielte Nahrungsaufnahme für ungenügend, und man kehrte zur Sondenfütterung zurück. Der Stupor scheint Ende November an Intensität eher zu- als abgenommen zu haben. Eine durch Wochen hindurch fortgesetzte, 3mal täglich vorgenommene, Messung ergab normale Temperaturen. Puls zwischen 70 und 80; Herzschlag sehr leise, Pulswelle klein. Flexibilitas stets vorhanden.

Februar 1890. Stupor in gleicher Weise fortbestehend. Täglich 2malige Fütterung; Ernährungszustand sehr gut. Einmal fuhr Patientin während der Fütterung plötzlich auf, lief im Saal umher, gelangte schliesslich unter krampfhaftem Lachen und Weinen bis an die Thüre des Krankensaales, rüttelte an der Klinke unter Hervorstossen von unverständlichen Worten und legte sich sodann unter ein Bett, unter welchem sie in tief stuporösem Zustande wieder hervorgeholt wurde.

Seit dem Monat März ist Patientin in Erregung, wird aber täglich gefüttert. Durch eine Abstinenz von 4 Tagen (im Juli 1890), während welcher Zeit das Essen ins Zimmer gestellt wurde, verfiel die Kranke sichtlich. Sie ist äusserst unrein, so dass einmal eine schwere Conjunctivitis die Jacke nöthig machte. Oft betet sie vor der Fütterung ein Tischgebet, sprach auch einmal davon, dass ihr das Essen verboten sei. Ihre

sexuelle Erregung ist hochgradig. Patientin halluziniert sehr viel, wenigstens wechselt ihre Stimmung ohne äussere Veranlassung sehr, bald zufriedenes Lachen, bald Schreien. Während der Abstinenz schlug sie mit einem Becher eine Fensterscheibe im Zimmer hinaus, ohne sich zu verletzen. Körperzustand in bezug auf Ernährung vorzüglich.

10. Oktober 1890. Noch immer Fütterung, die ihr sichtlich Freude bereitet. Die einzigen mit blöd grinsendem Gesicht gesprochenen Worte sind „Kuss“ und „küssen“; öfters sucht sie ihre Drohung mit dem Küssen auszuführen. Manchmal findet sie auch Freude daran, die Fütterung zu erschweren, doch legt sie sich auf ernstliches Zureden ganz ruhig hin. Gehen kann sie gut, will es aber nicht, sondern lässt sich von den Pflegerinnen tragen. Das ihr versuchsweise hingelegte Fleisch und Brot warf sie teils zum Fenster hinaus, teils fütterte sie die Vögel damit.

9. April bis 30. Mai 1891. Fütterung wurde gut ertragen; Ernährungszustand nicht schlechter. Psychisch war sie dauernd in Ekstase, es bestand dabei nach wie vor sexuelle Erregung.

16. Oktober 1891. Etwas ruhiger; liegt zu Bett. Fortgesetzte Fütterung.

26. Januar 1892. Wird andauernd täglich gefüttert. Psychisch unverändert. Lange Zeit plauderte Patientin beim Füttern die obscönsten Dinge. Mächtig erregend wirkte ein Besuch der Klinicisten auf der Abteilung, so dass sie mehrere Tage isoliert werden musste. Aus verschiedenen kleinen Vorkommnissen ist ersichtlich, dass Patientin gut percipiert. „Der

Himmelvater giebt mir nichts zu essen", sagte sie, als sich einmal die Fütterung verzögerte. Infolge heftigen Hustens wurde einmal die Fütterung unterbrochen; sofort producierte sie beim nächsten Male einen Husten und war sichtlich enttäuscht, als man nicht aufhörte. Anschliessend an einen Ructus gelang es ihr eines Tages, die ganze Fütterung aus dem Magen wieder zu entfernen; als derselbe leer war, warf sie sich mit einem unbändigen Gelächter in ihre Kissen zurück. Seit Wochen werden ihr immer Speisen, wie Obst, Kuchen und Zucker ins Bett gelegt; sie berührte aber nie etwas davon. Ihr häufiges Zähneknirschen bewahrt die Kaumuskeln vor fettiger Degeneration und Inactivitätsatrophie. Nach langer Pause seit 29. September regelmässige Menses in 25tägigen Intervallen. In der letzten Zeit (März bis Juni 1892) liegt Patientin meist ruhig im Bett mit halbgeschlossenen Augen und blöd grinsendem Gesichtsausdruck.

Wir haben also ein eigentümliches, durch eine melancholische Verstimmung, sowie durch Apathie und geistige Regungslosigkeit eingeleitetes, hallucinatorisches Irresein vor uns, in welchem ein bald hochgradiger, bald weniger intensiver Stupor, abwechselnd mit Erregung, und eine hartnäckige Nahrungsverweigerung charakteristisch sind. Besonders hochgradig zeigte sich der Stupor in der ersten Zeit der künstlichen Ernährung, wo das Bewusstsein arg getrübt war und ein Vorstellungsleben wenig oder gar nicht mehr, überhaupt ein fast völliges Aufgehobensein sämmtlicher psychischen Funktionen bestand; diese Hemmung erstreckte sich auch auf die motorische und sensible Sphäre, so dass eigenartige, stark ausgeprägte, kata-

leptische Erscheinungen und ein Erlöschen der Sensibilität das Krankheitsbild komplicierten.

Ganz im Einklang mit der Beeinträchtigung sämtlicher psychischen Funktionen steht die mehr als 3 Jahre andauernde Nahrungsverweigerung. Bei der aufgehobenen oder herabgesetzten Sensibilität, die nicht blos auf die Gefühlsnerven der Haut, sondern auch auf die Magennerven und sämtliche sensible Nerven des Körpers ausgebreitet zu denken ist, kann es natürlich nicht zu einem ordentlichen Hungergefühl kommen. Aber gesetzt auch, die Sensibilität der Magennerven wäre mehr oder weniger erhalten, so würde bei der bestehenden Apperceptions-Schwäche die Vorstellung des Hungers sich nicht zur bewussten Klarheit erheben, dass daraus ein Bedürfnis nach Befriedigung, viel weniger noch ein positiver Trieb zur Nahrungsaufnahme resultieren könnte. Ueberhaupt ist in diesem reactionslosen und passiven Zustand, welcher der Patientin fast jede spontane Willensäusserung unmöglich macht, die Nahrungsverweigerung leicht erklärlich und in den Rahmen des übrigen Symptomenkomplexes hinein passend. Wir sehen sie nämlich eng verknüpft mit der überall herrschenden Hemmung, sowohl aller geistigen, als körperlichen Funktionen, und wesentlich somatisch motiviert. Nicht beruht sie hier auf Hallucinationen oder Wahnideen, es sei denn, dass man der einmal geäusserten Idee, „das Essen sei ihr verboten", einige Bedeutung zuschreiben wollte. Jedenfalls würde aber der Anteil, den diese Idee an dem Zustandekommen der Nahrungsverweigerung hätte, ein untergeordneter sein, gegenüber den vorhin auseinandergesetzten Ursachen.

Eine weitere interessante Seite vorliegenden Falles ist die Frage nach der künstlichen Fütterung mit der Sonde und den damit zusammenhängenden Ernährungs- und Gewichtsverhältnissen.

Als am 18. April 1889, dem noch Tage unregelmässiger Nahrungszufuhr vorausgegangen waren, der Ernährungszustand der Patientin ein schlechter, der Puls beschleunigt und klein war, stellte sich die Anwendung der Schlundsonde als notwendig heraus; denn in der richtigen Voraussetzung, dass der eigenartige stuporöse Zustand mit vollkommener Abstinenz von längerer Dauer sein werde, hätte ein weiteres Zuwarten nur den Kräfteverfall gesteigert, eine andere Ernährungsmethode aber, wie die mit Klystieren, wäre auf längere Zeit hin unzulänglich gewesen. Man wende nicht ein, dass bei anderer Behandlung die Nahrungsverweigerung eher wieder vorübergegangen wäre, und die Schlundsondenfütterung es gewesen sei, welche den Fall zu einem so protrahierten gemacht habe. Es ist ja richtig, dass gerade bei künstlicher Ernährung mit der Sonde die langdauernsten Fälle von Nahrungsverweigerung vorkommen, und so liegt ja die Vermutung eines nahen Zusammenhanges zwischen Fütterung und langer Dauer im Sinne einer Gewöhnung nahe. Ich habe auch durchaus nicht vor, die Möglichkeit einer gewissen Gewöhnung an die Sonde zu bestreiten; aber es heisst doch zu weit gehen, wenn man in den mit äusserst hartnäckiger Abstinenz verbundenen Fällen, welche mit der Schlundsonde behandelt werden, für deren lange Dauer lediglich die Fütterung, resp. Gewöhnung an dieselbe verantwortlich machen wollte. Im Gegenteil wird in der grössten

Mehrzahl die Eigenart des zu grunde liegenden Krankheitsprozesses entscheidend sein und die langdauernde Abstinenz und Fütterung mit sich bringen. Ein Einblick in das Wesen unseres Falles lässt mit ziemlicher Sicherheit die Behauptung zu, dass die Nahrungsverweigerung auch, abgesehen von der eventuellen Einwirkung der Sonde im Sinne einer Gewöhnung, an sich von hartnäckiger Dauer war, und dass somit die Anwendung der Sonde wohl als die einzig richtige Behandlungsmethode bezeichnet werden muss.

Die Fütterungen nun wurden mit der weichen Nelaton'schen Schlundsonde vorgenommen, an deren Ende eine endständige Oeffnung mit aussen abgerundeter Wandung sich befand. Da das Einführen durch den Mund wegen der meist vorhandenen Sperre unzweckmässig sich erwies, musste der Weg durch die Nase gewählt werden, wobei weder mechanische Schwierigkeiten, noch ein Widerstand von seiten der Patientin die Einführung erschwerten. Jedesmal wurde zur Sicherstellung, dass die Schlundsonde wirklich in den Magen und nicht etwa in die Luftröhre gelangt sei, mittelst eines Gummiballons Luft eingeblasen und gleichzeitig die Magengegend auskultiert. Auf diese Weise vorbereitet, erfolgte das Eingiessen der Nährflüssigkeit in einen der Sonde angefügten Glastrichter. Die ganze Procedur war immer leicht zu bewerkstelligen, und man sieht, dass die mit der Sondeneinführung verknüpften Gefahren nicht in allen Fällen so grosse sind, wie sie von gegnerischer Seite angeführt werden, da in den ganzen 3 Jahren kein einziger Uebelstand eintrat. Die Fütterungen wurden mit zweimaliger Unterbrechung von nur wenigen Tagen (8)

zweimal täglich in regelmässiger Weise morgens und abends ausgeführt, so dass die Gesamtzahl derselben (19. April 1889 bis 1. Juni 1892) sich auf **2260** beläuft.

Um nun den Wert und Nutzen unserer Methode beurteilen zu können, bedarf es zunächst einer genauen Analyse der gefütterten Nahrungsmengen. Abgesehen von den geringeren Fütterungsquantitäten, welche man zu Beginn der künstlichen Ernährungsperiode, um allmählich steigend die volle und constante Menge zu erreichen, und auch dann anwandte, wenn nach stattgehabtem Erbrechen anzunehmen war, dass eine geschwächte Verdauungsfähigkeit des Organismus bestand, erhielt Patientin täglich: 1½ Liter Milch mit 6 Eiern, 100 gr Brotpulver und 6 Esslöffel Zucker, im letzten Jahre: 1½ Liter Milch, 8 Eier und 8 Esslöffel Staubzucker, in zwei Portionen verteilt.

Was die erstere Fütterungsmenge betrifft, so ergeben sich folgende Zahlenwerte: Da man nach Voit (Handbuch der Hygiene von Pettenkofer und Ziemssen I. 1, S. 151) als mittlere procentische Zusammensetzung der Kuhmilch, sowie sie in Städten als Nahrungsmittel zur Verwendung kommt, für Eiweissstoffe 4,1, Fett 3,9, Milchzucker 4,2 annehmen kann, so enthalten 1½ Liter Mich 61,5 gr Eiweissstoffe, 58,5 Fett, 63 Milchzucker. Die 6 Eier, welche etwa ein Gewicht von 100 gr repräsentieren (mehrmalige Wägungen eines Eies ohne Schale und Eierweiss ergaben 15—17—17,5 gr) enthalten 15.4 Eiweissstoffe, 28,8 Fett (Voit, l. cit. S. 188). In 100 gr Brotpulver befinden sich 9,6 gr Eiweissstoffe, 1,0 gr Fett, 60 gr Kohlehydrate (die Schlundsondenfütterung bei absti-

nierenden Geisteskranken, Inaugural-Dissertation von M. Hein). Dazu noch 6 Esslöffel staubförmigen Zucker = 108 gr gerechnet, würde im ganzen die Nährflüssigkeit einen Gehalt von **86,5 Eiweissstoffen, 88,3 Fett, 231 Kohlehydraten** aufweisen.

In der 2. Fütterungsmenge enthalten die 8 Eier (135 gr) 20,79 Eiw., 38,88 Fett und die 8 Esslöffel Staubzucker etwa 140 gr Kohleh.; mithin ergibt sich ein Gesamtgehalt an **Eiw. 82,29, Fett 97,38, Kohlehydraten 203.** Wir sehen also, dass die Nährstoffquantitäten in beiden Fällen nahezu übereinstimmen; noch mehr zeigt sich dies, wenn im 1. Fall statt 50 gr Fett und im 2. statt 60 gr die äquivalente Menge Kohlehydrate gesetzt wird. Da nach Voit 10 Gew.-Teile Fett gleich 17 Kohleh. sind, so ergibt sich ad 1: 86,5 Eiw., 38,3 Fett, 316 Kohleh.; ad 2: 82,29 Eiw., 37,38 Fett, 305 Kohleh.

Ueber die Frage, ob diese Quantitäten zur Ernährung ausreichend seien, vermögen uns einige von verschiedenen Physiologen als Durchschnittsmengen für das tägliche Nahrungsbedürfnis aufgestellte Zahlen Aufschluss zu geben. Da wir es hier mit einer ruhenden, nicht arbeitenden Kranken zu thun haben, so werden solche Zahlen angeführt, denen Untersuchungen über die Kostsätze in Alters- und Versorgungsanstalten oder Gefängnissen für nicht arbeitende Individuen, oder auch solche über den Verbrauch von Familien und Privatleuten, zu grunde gelegt sind. Forster postuliert für einen unthätigen Gefangenen (Handbuch der Hygiene von Pettenkofer und Ziemssen II. 1. 1. S. 395) die tägliche Darreichung von 85 gr Eiw., 35 gr Fett, 330 gr

Kohleh., während Voit als tägliches Kostmass im gleichen Falle 85 gr Eiw., 30 Fett und 300 Kohleh. annimmt. Andere Angaben von Forster betreffen eine 30jährige Arbeiterfrau (Handb. d. Hyg. I. 1. Tabelle S. 127), welche 76 Eiw., 23 Fett, 340 Kohleh., und eine wohlhabende Frau, die 70 Eiw., 100 Fett, 190 Kohleh. (Fleisch, Eier, Milch und Brot) täglich verbrauchte. Nach demselben Autor reichte ferner bei hervorragender Fleischnahrung, in welcher täglich für den Kopf nur **70 gr Eiw., aber 108 gr Fett und 192 Kohleh.** trafen, eine aus drei Erwachsenen bestehende Beamtenfamilie völlig aus (Handb. d. Hyg. II. 1. 1. S. 406). Setzen wir in der 2. Nahrungsmenge unseres Falles von 82,29 Eiw., 97,38 Fett, 203 Kohleh. 17 Kohleh. in die äquivalente Menge von 10 Fett um, so ergibt sich mit **82,29 Eiw., 107,38 Fett, 186 Kohleh.** in betreff des Fettes und der Kohlehydrate eine völlige Uebereinstimmung mit den Forster'schen Zahlen, bezüglich des Eiweisses ein Ueberschuss von 12,29 gr.

Nehmen wir noch weitere Angaben zweier anderer Autoren zu Hülfe. Playfair (Handb. d. Hyg. 1. I. S. 123) berechnete als Mittelwert aus den Kostsätzen von Reconvalescenten und Gefangenen den täglichen Erhaltungsbedarf auf 66 Eiw., 24 Fett, 330 Kohleh. Nach Böhm (l. cit.) beträgt bei armen Familien in der Niederlausitz der tägliche Consum auf den Kopf im Durchschnitt 64 Eiw., 25 Fett, 366 Kohleh. Diesen Zahlenwerten diejenigen unseres Falles von 86,5 Eiw., 88,3 Fett, 231 Kohleh. und 82,29 Eiw., 97,38 Fett, 203 Kohleh. oder nach der nötigen Umsetzung (60 Fett = 102 Kohleh. resp. 70 Fett =

119 Kohleh.) 86,5 Eiw., 28,3 Fett, 333 Kohleh., resp. 82,29 Eiw., 27,38 Fett, 322 Kohleh. gegenübergestellt, ergeben einen Ueberschuss von etwa 20 resp. 18 gr. Eiw.

Aus Allem folgt, dass eine merkwürdige Uebereinstimmung fast aller angegebenen Zahlen besteht, und dass nach dem heutigen Stande der Ernährungsphysiologie die der Patientin täglich gebotenen Nahrungsmengen als ausreichend bezeichnet werden müssen. Neben der Quantität kommt aber auch die Qualität des Ernährungsmateriales in Betracht. Die erforderlichen Nährstoffquantitäten sind in einer möglichst einfachen und zweckmässigen Form enthalten, in der Milch mit Eiern und Zucker resp. Brotpulver. Ist schon bei Anwendung der Schlundsonde eine flüssige Nahrungsform erforderlich, so liegt deren Vorteil hauptsächlich darin, dass sie keine mechanische Reizung der Verdauungsorgane verursacht, und vor allen Dingen eine leichte Ausnutzbarkeit der Nährstoffe ermöglicht. Letzteres muss notwendige Voraussetzung sein, wenn die oben angegebenen Werte für den täglichen Nahrungsbedarf hinreichen sollen. Zudem besitzt die Milch wegen ihres Gehaltes an allen nötigen Nährstoffen und ihrer leichten Verdaulichkeit besondere Vorzüge, welche sich auch im vorliegenden Falle zeigen, da bei ihrer ausschliesslichen Anwendung während dreier Jahre nur zweimal kurzdauernde Verdauungsstörungen eintraten. Der Zusatz von Eiern und Kohlehydraten zur Milch, welch' letztere am einfachsten und besten in Form von Zucker eingeführt werden (Bull, Ueber die therapeutische Anwendung der Ernährung durch die Sonde, Memorabilien 30. Jahrg.

1885 S. 100) erklärt sich daraus, dass die Milch im Verhältnis zu ihrem Nährwerte zu voluminös ist, um als ausschliessliches Nahrungsmittel zu dienen. Da nämlich nach Bull (l. cit. S. 173) nie mehr als 1 Liter, welches sogar häufig Erbrechen hervorruft, während 3/4 Liter gut behalten wird, auf einmal eingegossen werden sollte, so würde die in zweimaliger Fütterung pro Tag gebotene Menge an Nährstoffen zur Deckung des Nahrungsbedürfnisses unzureichend sein.

Somit sehen wir denn, wie das verwandte Ernährungsmaterial sowohl in quantitativer, als qualitativer Hinsicht allen Anforderungen, welche vom physiologischen Standpunkt aus gestellt werden können, entspricht. Und bei der Thatsache, dass die Verdauungsorgane der Patientin immer gut funktionierten, ist es verständlich, dass ein guter Erfolg erzielt wurde. Wenn nun auch keine Gewichtsangaben aus den ersten 1 1/2 Jahren der Fütterungsperiode existieren, so berichtet doch die Anamnese, dass der Ernährungszustand fortgesetzt ein vorzüglicher war. Die zunächst folgenden Gewichts-Resultate können, da sie mit einer unzuverlässigen Tangentialwage gewonnen wurden, auf eine völlige Richtigkeit keinen Anspruch machen, gewähren aber immerhin ein annäherndes Bild vom damaligen Körperzustande. Am 23. Oktober 1890 betrug das Körpergewicht 45 Kilo; am 11. Nov. 1890: 50 Kilo; 3. Dez. 1890: 45; im Januar 1891: 46 1/2; Februar 1891: 45; Mai 43 1/2; September 42; Oktober 42; 26. Januar 1892: 45 Kilo.

Vom 1. April ds. Js. ab wurden die wöchentlich einmal vormittags stattfindenden Wägungen aufs genaueste mit einer kleinen Stuhlwage ausgeführt, wobei

Patientin nüchtern und nur mit einem Leintuche bekleidet war. Die folgenden Zahlen stellen das jeweilige Körpergewicht der Kranken im nackten Zustande dar, da die Schwere des Leintuches vom Gesamtgewicht abgezogen ist. Das Körpergewicht betrug: am 1. April 1892 42740 gr, am 4. April 42930, am 8. 43110, am 15. 44727, am 22. 45215, am 29. 44680, am 6. Mai 44610, am 13. Mai 45352, am 20. 46195, am 27. Mai 45885.

Innerhalb dieser achtwöchentlichen Beobachtungszeit fand nun einigemale eine Aenderung in der quantitativen Zusammensetzung des Ernährungsmateriales statt; in der ersten Woche (1.—7. April) erhielt Patientin die oben angegebene Fütterungsmenge pro die von 1½ Liter Milch, 8 Eiern und 140 gr Zucker, das Gewicht nahm um 380 gr zu. Vom 8. bis 15. April bestand die tägliche Nahrung aus 2 Liter Milch, 8 Eiern und 180 gr Staubzucker, der mit Zugrundelegung der obigen Zahlen für die procentische Zusammensetzung der Milch und der Eier ein Gehalt von 102,79 Eiw., 116,88 Fett und 264 Kohleh. entspricht. Durch diese Steigerung der Nahrungszufuhr wurde denn auch eine ziemlich beträchtliche Zunahme des Körpergewichts von **1607** gr erzielt. In der darauf folgenden Woche (15. bis 22. April) wurden 1¾ Liter Milch, 8 Eier und 180 gr Zucker verwandt mit einem Gehalt von 92,54 Eiw., 107,13 Fett und 253,5 Kohleh. Die Gewichtszunahme betrug 488 gr. Vom 22. April ab bekam Patientin wieder die gewohnte Fütterung, und wir bemerken zunächst ein Sinken des Gewichtes um 535 gr,

in der darauf folgenden Woche (29. April bis 6. Mai) um 70 gr. Patientin erbrach am 2. Mai zweimal erhebliche Portionen der Fütterung; am 3. Mai fand daher Magenausspülung statt, und die Kranke erhielt nur einmal Suppe mit 2 Eiern, den 4. Mai vormittags 1/4 Liter Milch mit 1 Ei und Zucker, nachmittags 3/4 Liter Milch mit 4 Eiern und Zucker, am 5. Mai wieder gewöhnliche Fütterung. Der Stuhl erfolgte in der Zeit gehörig. Zu beachten ist die jedenfalls geringe Gewichtsabnahme von nur **70 gr.** Bis 13. Mai finden wir wieder eine Steigerung des Gewichtes um 742 gr; nach einer nochmaligen Zunahme von 843 gr (20. Mai) sinkt das Gewicht in der letzten Woche um 310 gr.

Ein Blick auf die gesamten Gewichtsverhältnisse während der letzten 1 1/2 Jahre der Fütterung zeigt uns also eine auffallende **Constanz** des Körpergewichtes mit nur geringen Schwankungen zwischen 42 und 46 Kilo. Ausserdem sehen wir durch Vermehrung der zugeführten Nahrungsmengen einen Ansatz von Körpermaterial eintreten (in 1 Woche 1607 gr), täglich durchschnittlich **229,5 gr**. Es kann sogar bei gleichbleibender Fütterungsmenge eine Zunahme des Gewichtes erfolgen (wöchentlich 742 resp. 843 gr). Andererseits lehrt die Beobachtung unseres Falles, dass durch leichtere Störungen in den Verdauungsorganen der Körper in seinem Bestande nicht wesentlich bedroht wird. Dies Alles beweist zur Genüge die Vorteile der künstlichen Ernährung mittelst der Sonde.

Im Anschluss an die Besprechung vorliegenden Falles mögen noch einige Angaben aus der Litteratur

Erwähnung finden. Bei der Sondenfütterung bieten die Ernährungsverhältnisse in der Regel die grössten Verschiedenheiten dar. Häufig ereignet es sich, dass im Anfang der Fütterung, welcher ja meist Tage von absoluter Carenz oder doch ungenügender Nahrungszufuhr bei darniederliegender Verdauungs- und Assimilationsfähigkeit vorhergehen, das Körpergewicht mehr oder weniger beträchtlich abnimmt; deshalb wird denn auch meist angeraten, die Fütterung nicht zu lange hinauszuschieben. Aber auch im weiteren Verlaufe zeigt sich oft ein Sinken des Gewichtes. Anderseits giebt es Fälle, welche sich durch grosse und unregelmässige Schwankungen in der Gewichtskurve auszeichnen. Relativ selten findet man eine anhaltende Constanz oder eine Zunahme des Körpergewichtes.

Gegenüber der Ansicht, dass die Sondenfütterung die Ernährung nicht fördere, also den Körper nicht erhalte und deshalb zwecklos sei, hebt schon Erlenmayer (Preuss. Vereinszeitg. 1854 Nr. 3, 23. Jahrg.) die thatsächlich vorkommende Zunahme des Körpergewichtes hervor, indem er eine Apothekerfrau erwähnt, welche wegen hartnäckiger Nahrungsverweigerung wochenlang nur mit der Schlundsonde gefüttert wurde und von Woche zu Woche an Gewicht, einmal sogar 6 Pfund, zunahm. In gleicher Weise führt Nasse (Zur Lehre von der Bedeutung der Körperernährung in den mit Irresein verbundenen Krankheiten (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 16, Heft 5, S. 601) den Ausnahmefall eines Melancholikers an, dessen Gewicht innerhalb des 1. Monats künstlicher Fütterung um 14 Pfund stieg, bei fortgesetzter Fütterung in

2 folgenden Monaten jedoch wieder um 12 Pfund fiel. In den übrigen Krankheitsfällen hingegen hat er stets ein, wenn auch sehr langsames Sinken des Gewichtes beobachtet.

Sehr lehrreich in Bezug auf die hohe Bedeutung der Sondenfütterung sind die Auseinandersetzungen Oebekes (23. ord. Vers. des pr. Ver. der Rheinprov. vom 19. Juni 1884, A. Z. f. Ps. Bd. 41 S. 688). Er erwähnt 4 Fälle äusserst hartnäckiger Abstinenz, bei denen alle Bemühungen, die Kranken auf irgend eine Weise zur freiwilligen Nahrungsaufnahme zu bewegen, erfolglos waren, und auch die sonst von ihm angewandte und für viele Fälle erprobte Methode des Klystierens wegen heftigen Widerstrebens unmöglich gemacht wurde. Er sah sich hier „vor die Alternative gestellt, entweder um jeden Preis den Kranken Nahrung zuzuführen, oder dieselben mit einer an Gewissheit grenzenden Wahrscheinlichkeit sterben zu lassen". Es wurde also als letztes notwendiges Mittel zur Erhaltung des Lebens die Schlundsonde angewandt und Oebeke ist der Ueberzeugung, dass 3 der Patienten sicher, der 4. höchst wahrscheinlich ohne die Sondenfütterung gestorben sein würden. Während bei dreien die künstliche Ernährung mit der Sonde $2^1/_2$ resp. 3 und $4^1/_2$ Monate stattfand, wurde der 4. Kranke **$3^1/_2$ Jahre** (s. auch A. Z. f. Ps. Bd. 42, H. 6, S. 467) mit einer Intermission von 3 Tagen 3mal täglich und nicht ein einziges Mal ganz willig gefüttert. Der letzte Kranke hatte länger als 3 Monate vor Eintritt in die absolute Abstinenz ungenügend, oft gar nichts gegessen, 5 Wochen vorher 41 Pfund (mehr als $^1/_5$ seines Körpergewichtes) verloren und dann schliesslich 6 Tage

hintereinander nichts, auch keinen Tropfen Wasser genommen. Als sichtliche Lebensgefahr aus Inanition eintrat, wandte man die Sonde an. Wiederholt wurde versucht, den Patienten nicht zu füttern, allein der sichtlich grosse Verfall der Kräfte nach einigen Tagen zwang wieder zur künstlichen Fütterung. Als Ernährungsmaterial nahm man pro die in 3 Portionen verteilt: 1/2 Liter Wasser mit 2,0 Kochsalz, 2 Liter Milch, 1 Liter Bouillon, 1—2 Essl. Leguminose, 1/2 Fl. Ahrwein, 6 Essl. Portwein, 6 Essl. Ol. jec., 8—12 Eidotter, 500 gr feingeschabtes Fleisch, Tinct. ferr. acet. 60 gtts. u. Ac. muriat. 10 gtts.

Diese Fütterungsmenge enthält nun gegenüber der unseres Falles einen bedeutenden Ueberschuss an Nährstoffen, aber Oebeke giebt an (A. Z. f. Ps. Bd. 42 S. 468), er habe erlebt, dass der in dieser Weise 4 1/2 Monate ernährte Patient in 3 Monaten trotz ruhiger Bettlage noch 27 Pfd. abnahm. Aus seinen Fällen, in welchen die Erhaltung des Lebens durch die aufs äusserste gesunkenen Kräfte bereits fraglich erschien, hat Oebeke die Ueberzeugung gewonnen, „dass in einzelnen Fällen die Fütterung mit der Sonde als letztes und einzigstes Mittel für die Erhaltung des Lebens angesehen werden darf“ (l. cit. S. 469). Weiterhin hebt Oebeke als bemerkenswert hervor, dass alle Fälle in ihren Familien als eigensinnige und starrköpfige Charaktere bekannt waren, und einen neuen Beweis für die Ansicht lieferten, dass die einmal begonnene künstliche Fütterung leicht sehr lange, vielleicht unabsehbar fortgeführt werden muss.

Meines Erachtens liegt gerade in dieser Charaktereigenschaft und, wie ich schon oben angeführt habe,

in der Eigenart der der Nahrungsverweigerung zu Grunde liegenden Psychose ein wichtiger Grund für das Zustandekommen einer langdauernden Abstinenz, und ist man nicht berechtigt, die Ursache der langen Dauer allein in einer Gewöhnung an die Sonde zu suchen und letzterer daher einen Vorwurf zu machen. Die jeweilige Hartnäckigkeit eines Falles ist eben ein schlimmer Uebelstand, der einen nicht veranlassen darf, eine in manchen Fällen erprobte und lebensrettende Methode aufzugeben, selbst wenn sie einen grossen Einfluss auf die Dauer eines Falles haben sollte.

Oebeke berichtet noch über 5 Fälle, die in relativ kurzer Zeit der Abstinenz mit Tod endeten. Von diesen 5 Kranken hatte eine nur 15 Tage relativ, die zweite 14 Tage, darunter an 2 absolut, der fünfte 11 Tage, darunter an 5 absolut, der vierte 18 Tage, darunter an 6 absolut und der dritte an 8 1/2 Tagen absolut die Nahrung verweigert. Im Hinblick auf diese und die vorigen 4 Fälle widerlegt er dann die Anschauungen von Siemens, nach denen ohne Ausnahme für alle Fälle die konsequente zuwartende Behandlung am Platze ist, da das Hungern ohne bedenkliche Folgen sei, so lange es nicht über 14 Tage ohne Wasseraufnahme und über 50 Tage mit Wasseraufnahme ausgedehnt wird, und so lange nicht über 40 % des Körpergewichtes geschwunden ist.

Später erklärte Siemens auf der Jahresversammlung des Vereines deutscher Irrenärzte zu Baden am 16. und 17. September 1885 (A. Z. f. Ps. Bd. 42 S. 458), dass auch die Gegner der Sonde dieses nützliche Instrument durchaus nicht völlig verwerfen. „Wenn

nicht anders, als durch die Sonde, das Leben des Kranken zu erhalten ist, werden wir die Sonde natürlich anwenden; ja es giebt derartige Fälle, aber sie sind ausserordentlich selten, sie kommen manchmal in einer Anstalt in vielen Jahren nicht vor.“

Von demselben Autor findet sich im neurologischen Centralblatt 1884 II. 3. J. p. 409 ein Fall von absoluter Carenz eines Paranoischen veröffentlicht, bei dem nach 12 Tagen vollkommener Nahrungsverweigerung ex indicatione vitali die Schlundsonde angewandt wurde. „Der Effekt der Operation war ein vollkommener,“ sagt Siemens; der Kranke gab am andern Tage an, dass ihn mit der eingeflössten Nahrung wieder neues Leben durchströmt habe. Er ass und trank jetzt willig, nahm aber anfangs nur wenig feste Substanz, sondern hauptsächlich ausserordentlich viel Wasser. Allmählich gewann der Kranke seine alte Kraft und Körperfülle wieder.

Eine ähnliche Mittheilung macht Weiss (Die Nahrgsverw. der Geisteskr. Wiener med. Woch.-Schr. No. 25. 1884. S. 776). Ein überaus kräftiger 30jähriger Mann mit einer furibunden hallucinatorischen Tobsucht verweigerte jede Nahrung. Zuwartende Behandlung. Nach 5—6 Tagen war das Toben schwächer; excessiver Widerstand beim Versuch, ihm mit dem Löffel Nahrung beizubringen. Nährklystiere wurden zurückgepresst. Nach 10 Tagen völlige Erschöpfung, von Toben keine Rede mehr, Inanitions-Erscheinungen höchsten Grades, so dass der Tod unzweifelhaft erschien. Ja man überlegte, ob die Schlundsonde geraten sei, weil der Kranke während der Fütterung sterben könnte. Auch in diesem Zustande zur freiwilligen Nahrungsaufnahme nicht zu

bewegen. Alsdann Sonde durch die Nase; vorerst eine Quantität Rotwein. Nach etwa einer Stunde Wiederholen der Procedur. Der Kranke erholte sich von da ab in ganz erstaunlicher Weise von Stunde zu Stunde. Am 2. Tag künstliche Ernährung überflüssig. In wenigen Wochen psychischer Zustand so weit gebessert, dass der Kranke ohne Bedenken entlassen werden konnte.

Dass die Schlundsondenfütterung notwendig sei, betont auch Leidesdorf (Wiener med. Wochenschr. 1866, Nr. 44, S. 697). „Sind alle Versuche, den Kranken zur Nahrungsaufnahme zu bewegen, erfolglos geblieben, ist der Zeitpunkt eingetreten, den man ohne Gefahr für das Leben des Kranken mit weiterem Zuwarten nicht überschreiten darf, dann nehme man auch mit Entschiedenheit die Fütterung vor, und man wird die Genugthuung haben, manchen Unglücklichen zu retten, der sonst unwiderruflich zu Grunde gegangen wäre."

In ähnlichem Sinne spricht sich Schüle aus (Handb. d. Geisteskrankh., S. 658): „Nicht selten ist als Indicatio vitalis die Schlundsonde nötig. Die zeitweiligen neueren absprechenden Urtheile von einzelnen No-restrainers über die vollständige Entbehrlichkeit der Sonde haben nur subjectiven Wert. Es kommen allerdings oft 1—2 Jahre in einer Anstalt keine Sondenfütterungen vor, einfach weil eben keine dazu nötigenden Kranken da sind. Dass die Nahrungsverweigerung aber immer und jedesmal durch andere Methoden beseitigt werden könne, ist positiv unrichtig."

Nach Krafft-Ebbing (Lehrbuch d. Psychiatrie, S. 308) muss zur Zwangsfütterung geschritten werden, wenn ernährende Klystiere, Einspritzungen von flüssiger

Nahrung durch eine Zahnlücke, Anwendung einer Schnabeltasse nicht zum Ziel führen.

Wir sehen also eine völlige Uebereinstimmung der Autoren darin, dass die Sondenfütterung als notwendig, wenn auch in seltenen Fällen und als ultima ratio zur Erhaltung des Lebens abstinierender Geisteskranken anerkannt wird.

Wegen seiner enorm langen Dauer imponiert ein von Schlangenhausen (A. Z. f. Ps. Bd. 36 S. 390 und Bd. 25 S. 776) veröffentlichter Fall, welcher eine Kranke betrifft, die sich über 23 Jahre in der Irrenanstalt zu Hall in Tyrol befand und während dieser Zeit **12037**mal mit der Sonde gefüttert werden musste. Die betreffende Kranke wurde am 29. September 1855, damals 46 Jahre alt, aufgenommen und am 7. April 1856 nach 6tägiger Nahrungsverweigerung zum ersten Male gefüttert. In den ersten Jahren war sie meist aufgeregt und verwirrt, äusserte Wahnideen, ab und zu traten Remissionen ein. Abwechselnd verweigerte sie bald kürzere, bald längere Zeit die Nahrung, so dass Sondenfütterung nötig war, kehrte aber dann wieder zur freiwilligen Nahrungsaufnahme zurück. Merkwürdige Schwankungen zeigte dabei das Körpergewicht, das stets nach begonnener Fütterung beträchtlich sank, so z. B. in der ersten grösseren Fütterungsperiode (12. Jan. bis December 1862) von 92 Pfd. im Januar auf 62 Pfd. im Dezember. Mit der freiwilligen Nahrungsaufnahme stieg das Gewicht dann wieder sehr rasch, so dass Ende Dezember 71½ Pfd. erreicht waren. Vom 29. December 1862 bis 22. März 1863 sank das Gewicht auf 60 Pfd., um nach der Nahrungsaufnahme bis 6. April auf 78 Pfd. zu steigen. Darauf trat eine grössere Abstinenz-

Periode ohne Unterbrechung von vollen **3 Jahren** ein (Mai 1863 bis Mai 1866), in der Patientin völlig apathisch war. Es wurden in dieser Zeit wiederholt Versuche gemacht, um die Kranke zum freiwilligen Essen zu bewegen, einmal 3, einmal 7 Tage, aber es zeigte sich rascher Verfall. Nach zweimonatlicher Pause musste am 26. Juli 1866 die Fütterung von Neuem aufgenommen und bis zum 11. Mai 1878, also **12 Jahre,** ununterbrochen fortgesetzt werden. Während dieses Zeitraumes fiel das Gewicht auf 54 Pfund anfänglich, später erhielt es sich constant auf 60 Pfund. Am 11. Mai 1878, nachdem zufällig das Füttern nicht gleich wie gewöhnlich von statten ging, trank Patientin von selbst die Milch mit den Eiern, und schien ihr ganzes Wesen von da an umgewandelt. Ende December wog sie wieder 94 Pfund. Bemerkenswert ist, dass das Gedächtnis der Kranken vollkommen erhalten und ihre Intelligenz bis auf die Wahnideen ziemlich intact war trotz 23jährigen Bestehens der primären Verrücktheit.

Nicht minder interessant ist eine von Gerlach (Irrenfreund Bd. 20. 5. 1878 u. Bd. 21 No. 1 u. 2, 1879) berichtete **3 1/2 jährige** Fütterung, welche von offenbar günstigem Erfolg für das körperliche Befinden begleitet war. Die eingeflösste Nahrung bestand früh in 1 1/2 Liter warmer Milch, mittags 1 1/2 Liter Fleischbrühe, Suppe aus Hülsenfrüchten in Verbindung mit Hartenstein'scher Leguminose, abends wieder 1 1/2 Liter Milch, abwechselnd mit Hartenstein'scher Leguminose vermischt. Die Ernährung war dabei befriedigend; das Körpergewicht, welches im Juli 1875 bei der Aufnahme 103 Pfund, im Juli 1876 115 Pfund betrug, war im Juni 1877 auf 127 Pfund gestiegen; Anfang

1878 war es noch 123 Pfund, obschon vom 1. Januar 1878 ab die Sonde nur zweimal täglich eingeführt wurde.

Zwei weitere Fälle, welche mir leider im Original nicht zugänglich waren, werden von Leidesdorf angeführt (Wien. med. Woch.-Schr. 1866 Nr. 44 S. 733): Dr. Zelaschi in Turin fütterte einen Melancholiker **2 Jahre** und **50 Tage** durch die Nase (Annal. med. psychol. 1854. VI. 451); gegen Ende dieses Zeitraumes begann der Kranke allmählich wieder freiwillig zu essen und zu sprechen. Gilchrist berichtet (Lancet 1852) über einen andern Kranken, der nach mehr als **3jähriger** Fütterung noch „rosy and robust" aussah.

In „Memorabilien" (30. Jahrg. 1885 S. 98) erwähnt Bull, dass einem 20jährigen hysterischen Mädchen bei bestehender Lähmung des Schlundes mittelst Ernährung durch die Sonde mehr als **2 Jahre** das Leben erhalten wurde.

In „Schmidts Jahrbüchern" (1850 Bd. 67 S. 241, Ref.) wird noch auf 2 Kranke aufmerksam gemacht, von denen die eine **18 Monate** gefüttert ward, während die andere nach fast **2jähriger** Behandlung noch lebte, gesund und „gut bei Leibe" war.

Möge es mir in meiner Arbeit gelungen sein, an der Hand vorliegenden Falles und aus Angaben der Literatur den Wert und Nutzen, sowie die Notwendigkeit der künstlichen Ernährung mit der Sonde nachgewiesen zu haben, so dass man sagen kann: „Die Sondenfütterung darf mit vollem Rechte ihre Stellung unter den Behandlungsmethoden abstinierender Geisteskranken behaupten."

Zum Schlusse liegt mir noch die Erfüllung einer angenehmen Pflicht ob, meinem hochverehrten Lehrer, dem Herrn Professor Dr. Grashey für die gütige Ueberlassung des Themas und erforderlichen Materiales, sowie dem Assistenzarzte Herrn Dr. Vocke für die freundliche Unterstützung bei der Arbeit meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Benützte Literatur.

Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 16, 25, 27, 34, 36, 37, 41, 42.

Archiv f. Psych. XIV. 3 p. 568 und XV. 1 p. 15. Zur Behandlung der Nahrungsverweigerung bei Irren, von Siemens.

Böttger, Die Nahrungsverweigerung der Irren.

Bull, Ueber d. therapeut. Anwendung der Ernährung durch die Sonde. Memorab. 30. 1885.

Erlemayer, Preuss. Ver.-Ztg. 1854, Nr. 3.

Gielen, Ueber d. künstl. E. b. Nv. I.-D., Berlin 1873.

Hein, Die Schlundsondenfütterung bei abstinierenden Geisteskr. I.-D., München.

Handbuch der Hygiene von Pettenkofer u. Ziemssen. I. 1 und II. 1. 1.

Irrenfreund, Bd. 20, 1878 und 21, 1879.

Krafft-Ebbing, Lehrbuch der Psychiatrie.

Leidesdorf, Ueber Nahrungsverweigerung u. künstl. Fütterung bei Geisteskranken. Wiener med. Wochenschr. 1866, Nr. 44.

Leube, Die Magensonde.

Neurolog. Central-Bl. 1884, II. 3. Jahrg., p. 409.

Real-Encyclopädie der gesammten Medicin: Inanition.

Schallmayer, Die Nahrungsverweigerung u. d. übr. Störungen der Nahrungsaufnahme b. Geisteskr. I.-D., München 1886.

Schmidt's Jahrbücher 1850, Bd. 67 S. 241.

Schüle, Handb. d. Geisteskrankheiten.

Weiss, die Nahrungsverweigerung der Geisteskranken. Wiener med. Wochenschr. Nr. 24 u. 25, 1884.